An die

Bezirksregierung Düsseldorf

Dezernat 47.Z

Am Bonneshof 35

40474 Düsseldorf

Versand per E-Mail an: **dez47.Arbeitsplatzausstattung@brd.nrw.de**

**Antrag auf Arbeitsplatzausstattung**

ggf. aus Mitteln der Ausgleichsabgabe für Lehrkräfte gemäß § 185 Abs.4 Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch (SGB IX)

**Angaben zur Person**

|  |  |
| --- | --- |
| Familienname |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Dienstbezeichnung |  |
| Personalaktennummer (falls bekannt) |  |
| Privatanschrift (Straße, Hausnummer) |  |
| Privatanschrift (PLZ, Ort) |  |
| Telefon (für Rückfragen) |  |
| E-Mail-Adresse |  |

**Angaben zum Arbeitsplatz**

|  |  |
| --- | --- |
| Schulform |  |
| Name der Schule |  |
| Adresse Schule (Straße, Hausnummer) |  |
| Adresse Schule (PLZ, Ort) |  |
| beschäftigt seit |  |

**Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

[ ]  tarifbeschäftigt [ ]  ungekündigtes Dauerarbeitsverhältnis

[ ]  verbeamtet [ ]  Zeitarbeitsverhältnis

|  |  |
| --- | --- |
| von |  |
| bis |  |

[ ]  sonstiges

 [ ]  Probezeitverhältnis

|  |  |
| --- | --- |
| von |  |

**Angaben zur spezifischen Behinderung**

|  |  |
| --- | --- |
| Grad der Behinderung (GdB) |  |
| Liegt eine Schwerbehinderung vor?Kopie des Schwerbehindertenausweis (beidseitig) | [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| Gleichstellung bei Grad ≥ 30ggf. Kopie des Gleichstellungsbescheides  | [ ]  **Ja** [ ]  **Nein** |
| ggf. Merkzeichen | [ ]  **G** [ ]  **aG** [ ]  **H** [ ]  **Bl** [ ]  **Gl** [ ]  **B** [ ]  **RF** |

**Weitere notwendige Angaben**

[ ]  Ja Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatz-ausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der **Deutschen Rentenversicherung** gestellt?

[ ]  Nein

[ ]  Ja Wurde bereits ein Antrag auf behindertengerechte Arbeitsplatz-ausstattung (Technische Hilfsmittel) bei der **Agentur für Arbeit** gestellt?

[ ]  Nein

[ ]  Nein Hat in den letzten **6 Monaten eine Reha-Maßnahme** stattgefunden?

[ ]  Ja, Zeitraum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Nein Die beantragte Arbeitsplatzausstattung wurde in einem

BEM-Verfahren besprochen.

[ ]  Ja BEM-Maßnahmen-Katalog vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)

**Art der Behinderung**

|  |
| --- |
|  |

Die Kopie des Feststellungsbescheides bitte in **einem verschlossenen Umschlag** an die **Bezirksregierung Düsseldorf, Dez. 47.Z** übersenden, zur Weiterleitung an die zuständige Fachstelle für behinderte Menschen im Arbeitsleben!

**Auswirkung der Behinderung am derzeitigen Arbeitsplatz**

|  |
| --- |
|  |

**Beantragte Leistung mit Begründung**

(Erläuterung: Wie wird der behinderungsbedingte Nachteil durch das beantragte Hilfsmittel ausgeglichen)

|  |
| --- |
|  |

**Bemerkung**

|  |
| --- |
|  |

[ ]  ja Die zuständige Schwerbehindertenvertretung wurde bereits über die Beantragung informiert.

[ ]  nein

[ ]  ja Die zuständige Schwerbehindertenvertretung hat eine Kopie des Antrages erhalten

[ ]  nein

Der Antrag wurde wahrheitsgemäß ausgefüllt.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Ort |  |
| gez. (Name, Vorname bei E-Mail-Versand) |  |
| Unterschrift (bei Postversand) |  |

**Hinweise zum Antrag auf Gewährung einer Leistung aus Mitteln der Ausgleichsabgabe bzw. aus Mitteln des Arbeitgebers**

Der Antrag sowie die unten angegebenen Anlagen (mit Ausnahme des Feststellungsbescheides) sind, wenn möglich, an obenstehende E-Mail Adresse zu übersenden. Dem Antrag sind folgende Dokumente als Kopien beizufügen:

|  |  |
| --- | --- |
| **in elektronischer Form oder im Nachgang per Post** | **Feststellungsbescheid** (**ausschließlich** im Nachgang per Post) Geschlossener Briefumschlag, der **ungeöffnet** an die Fachstelle für behinderte Menschen im Arbeitsleben weitergegeben wird |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lehrkräfte **mit anerkannter Schwerbehinderung**GdB 50 oder höher: KopieSchwerbehindertenausweis (beidseitig) | **Antrag** | **2 Kostenvoranschläge[[1]](#footnote-1) von verschiedenen Firmen** | **Feststellungsbescheid** = Bescheid der Stelle, die die Schwerbehinderung anerkannt hat (mit Angabe der anerkannten Diagnosen) |
| Lehrkräfte **mit anerkannter Gleichstellung**: KopieGleichstellungsbescheid[[2]](#footnote-2) **+**1. Seite Feststellungsbescheid (ohne Diagnose)  | **Antrag** | **2 Kostenvoranschläge1 von verschiedenen Firmen** | **Feststellungsbescheid** = Bescheid der Stelle, die die Schwerbehinderung anerkannt hat (mit Angabe der anerkannten Diagnosen) |
| Lehrkräfte **mit anerkannter Behinderung:** Kopieder 1. Seite des Feststellungsbescheides (ohne Diagnose)  | **Antrag** | **2 Kostenvoranschläge1 von verschiedenen Firmen** | **Feststellungsbescheid** = Bescheid der Stelle, die die Schwerbehinderung anerkannt hat (mit Angabe der anerkannten Diagnosen) |
| Lehrkräft **OHNE** anerkannte Behinderung**Ein Attest vom behandelnden Arzt** | **Antrag** | **2 Kostenvoranschläge1 von verschiedenen Firmen** |  |

1. Falls die Anschaffung neuer Ausstattungsgegenstände beantragt wird, müssen dem Antrag mindestens **zwei Kostenvoranschläge verschiedener Firmen** beigefügt werden. Sollte die neue Ausstattung nicht abschließend beurteilt werden können, werden die Kostenvoranschläge erst nach einer Vorort-Begehung benötigt. [↑](#footnote-ref-1)
2. Behinderte Menschen (Grad der Behinderung <50 aber wenigstens 30) können schwerbehinderten Menschen (Grad der Behinderung ≥ 50) gleichgestellt werden, wenn es aufgrund der Behinderung ohne die Gleichstellung nicht möglich ist, einen Arbeitsplatz zu erlangen oder zu behalten. Der Antrag auf Gleichstellung ist bei der **Agentur für Arbeit** zu stellen. [↑](#footnote-ref-2)